



Labio y Paladar Hendido

ÍNDICE

- 1. Clasificación de fisuras Labio Palatinas**
- 2. Tratamiento en pacientes con Labio Leporino y Paladar Hendido**
- 3. Tratamiento de Fisuras Labio-Palatinas**
- 4. Aspectos importantes en el Diagnóstico con problemas de labio y paladar Hendido**
- 5. Tratamientos en Cirugía Ortognática**
- 6. Tratamiento de Fisuras Labio Palatinas La Actuación del Cirujano. Mandibulotomía con reconstrucción metálica en Ortopedia maxilar**
- 7. Consecuencias de las Anomalías de Oclusión Por Causas de Parto**
- 8. Treatment of Children with FCA Team Care**



DR. JAIME ALVAREZ LEDESMA Ortodoncia Responsable, Clínica
Dr. Fernando Ortiz Monasterio en L.P.H. Miembro Consejo
Mexicano de Ortodoncia Celaya GTO

1) Clasificación de fisuras Labio Palatinas

Actualmente, están perfectamente reconocidas diversos tipos de fisuras faciales, ubicadas en diferentes regiones de la cara, con afecciones anatómicas específicas, y sus respectivas repercusiones funcionales y psicológicas.

Dentro de este tipo de fisuras, las más comunes son las que afectan al piso y a la nasal, labio superior, reborde dental superior, paladar primario y secundario, es decir, Labio y Paladar Hendido.

Las posibles combinaciones de afección de las estructuras anatómicas mencionadas es numerosa, por lo que resulta importante identificar con más exactitud el tipo de fisura de que se trata.

No obstante que se refiera de una fisura de labio y/o paladar en forma específica, cuando se trata de valorar resultados terapéuticos, ya sean quirúrgicos, ortopédicos, foniátricos, etc. En este tipo de pacientes, es indispensable no sólo poner nombre y apellido a la alteración, sino también el el segundo apellido, es decir, si se trata, por ejemplo, de un paciente con fisura labio palatina bilateral completa, es necesario puntualizar características de cada elemento, podíamos citar amplitud de la fisura, altura del Vomer, posición de la premaxila, si esta es flotante o no, etc.

Conferencia dictada: Reunión de Ortopedia Dentofacial, 26-30 nov. 1996, San Miguel Allende, México.



DR. HERMAN ESTRADA MERAS
Ortopedia Maxilar Consejero Asociación Mexicana de
Ortopedia Maxilar, A.C. Celaya, Gto.

2) Tratamiento en pacientes con Labio Leporino y Paladar Hendido

Los tratamientos de estos pacientes con problemas de Labio Leporino y Paladar Hendido deben de ser integrales y con un equipo multidisciplinario, ya que intervienen varios factores que están íntimamente relacionados con el defecto de crecimiento y desarrollo del mismo, que tratados a tiempo se evitarán secuelas que afecten el funcionamiento, crecimiento y desarrollo físico, emocional y social del paciente.

Un aspecto muy importante es el equilibrio entre la forma y la función para que el crecimiento y desarrollo sea más natural y biológico.

La presencia de un defecto en la forma como es una fisura de labio leporino y paladar hendido, trae como consecuencia un desequilibrio funcional muy importante en los músculos relacionados con el mismo defecto y de las estructuras óseas vecinas, así de importante será la reconstrucción de dichos músculos como su rehabilitación para el buen funcionamiento, crecimiento y desarrollo, por lo cual el tratamiento de estos pacientes debe de ser lo más funcional y biológico posible para que adquirido este equilibrio con aparatología de Ortopedia Dentofacial y Miofuncional, posteriormente al tratamiento se mantenga en forma natural.

Conferencia dictada: Reunión de Ortopedia Dentofacial, 26-30 nov. 1996, San Miguel Allende, México.



DR. JAIME FRIEDMANN
Ex-Presidente y Fundador de Asociación Brasileña de
Ortopedia Maxilar.
Ortopedia Maxilar Río de Janeiro, Brasil.

3) Tratamiento de Fisuras Labio-Palatinas

Desde hace siglos, el tratamiento de fisuras labio palatinas, ha sido eminentemente quirúrgico. razón por la cual, cuando nace un niño "fisurado" la actitud inmediata del pediatra es llamar a un cirujano ya sea plástico, infantil, maxilo-facial, etc. El tratamiento de las fisuras labio palatinas no es solo quirúrgico, pues su tratamiento exige un equipo multidisciplinario, en el que cada especialista tenga la oportunidad de opinar en relación a la recuperación estética y funcional del niño.

Mucho se habla de diversas clínicas, en los lugares mas distantes, en las que se realizan tratamientos de labio hendido bajo la orientación de un equipo multidisciplinario, cuya orientación en la realidad, no es verdadera.

La America Association Of Cleft Palate, constantemente difunde técnicas quirúrgicas cada vez más complejas y traumáticas que se pueda uno imaginar, y lo que observamos son resultados funestos resultados siempre de experimentos, con la angustia de los padres que se encuentran en un ir y venir, sometiendo a sus hijos a diversas cirugías, con la esperanza de encontrar la solución final adecuada.

Desafortunadamente, en materia de tratamiento de fisurados, América del Norte está con un atraso de 20 años y Brasil, sin duda acompaña a este. cualquier especialista en cirugía, sea infantil, plástica, etc., indica la cirugía, tanto queiloplastia o palatoplastia de acuerdo a la edad cronológica del niño. Algunos en América, opinan que la edad ideal para la primera es a los 3 meses: para la segunda, a los 10 meses. Las siguientes no se sabe a que edad, más son bastantes para corregir los errores anteriores, y estos, desde el eminente profesor Millard, de Miami, Monasterio en México, Thomas Romo en Nueva York, y en Brasil ni se diga, cada uno tiene la edad ideal para operar al fisurado.

La preocupación es la edad cronológica, porque la mentalidad de los especialistas es cerrar un agujero dentro de la boca como dice Pedro Bloch. Todos olvidan que dentro de esa boca se realizan funciones vitales importantes, que necesitan guardar un equilibrio, y que la recuperación del fisurado no es solamente estética, sino también funcional, y que muchas veces, ni la parte estética se consigue resolver.

Todo niño que respira mal, deglute mal, mastica mal y habla mal, necesita un tratamiento de un equipo multidisciplinario, en el sentido real de la palabra. Equipo no es solo el cirujano, el pediatra o el foniatra. Es un grupo de especialistas con un conocimiento integral del tratamiento del fisurado, que analizan todas las implicaciones de esta anomalía considerada congénita, más también debida a factores externos o exógenos, como los medicamentos anti-heméticos usados indiscriminadamente, así como o los herbicidas donde posteriormente las hortalizas y legumbres mal lavadas son consumidas por las mujeres embarazadas, así como determinadas vacunas que la mujer se aplica. sin saber que ya esta embarazada. En fin, un sin número de factores contribuyen hoy, para el gran aumento de anomalías consideradas como congénitas y que en la realidad son el resultado de numerosos factores externos que actúan hasta la 12 semana de vida Intrauterina.

La cavidad oral debe ser vista como una unidad funcional de gran importancia, y no el fisurado, con un agujero en la boca para ser cerrado, las cirugías correctivas de los portadores de labio y paladar hendido, no pueden estar condicionadas a la edad cronológica del niño por varias razones obvias, una porque el desarrollo del macizo facial responde en cada niño de una forma, otro porque la diferencia entre operar un niño a los 7 meses o a los 10, no tiene mayor influencia, la cirugía tanto de queiloplastia como de palatoplastia.

Noviembre 26,1998 AMOM. AC.

Tratamiento para Respiradores Bucales

La respiración por la boca es la disfunción de la cavidad bucal que mas trastornos causa a los individuos, principalmente a los niños durante su desarrollo.

Como unidad funcional que es, en la cavidad oral se realizan las funciones vitales de respiración, masticación, deglución y fonación. Estas funciones están estrechamente relacionadas y, necesitan guardar un equilibrio con el objetivo de que el desarrollo del macizo facial, se lleve a cabo de forma normal, además desde el punto de vista local, ese equilibrio permitirá, el desarrollo de los arcos dentarios y de los órganos de defensa como las vegetaciones adenoideas y las amígdalas, cada una haciendo en su sitio, su función aisladamente. Por lo tanto, cuando ocurre una distinción respiratoria, todas las demás funciones son afectadas, generando problemas de orden local y de orden general. Un niño que respira mal, deglute mal, mastica mal y habla mal, lo que ocasiona un sin número de consecuencias en el funcionamiento de todo su organismos.

En lo referente a los problemas de orden local, el niño respirador bucal, esto es, aquel que constantemente respira por la cavidad bucal, presenta normalmente distensión e hipotonía de la musculatura orofacial, hipertrofia labial, principalmente del labio inferior, músculos bucinadores flácidos como consecuencia de una falta de actividad y de presión aérea intrabucal. La falta de aire pasando por las vías nasales, ocasiona también, un aumento de formación de las adenoides, y una comprensión automática de la estructura ósea de la nariz, aumentando su volumen y la curvatura de los huesos propios. Esto a su vez genera una modificación de la estructura ósea del maxilar superior, formando el paladar ogival profundo, y la atrofia de esta arcada. con proyección de los dientes superiores anteriores.

La deformación que se origina en el maxilar superior, impide que el maxilar inferior avance en su desarrollo normal gradualmente, y que el perfil del niño se pueda establecer dentro de medidas cráneo-métricas adecuadas. La deformación que se origina en los arcos dentarios en ambos maxilares, trae también otras consecuencias. La cavidad oral es la caja de resonancia del aparato fonético, tiene en su interior la lengua, que es un órgano muscular de gran potencia y responsable del desarrollo del macizo facial desde el nacimiento, hasta la edad adulta. La lengua debe ocupar todo el espacio posible dentro de la cavidad oral y necesita estar en perfecto equilibrio con todos los músculos orofaciales y masticadores. Cuando el individuo tiene la fuerza de su lengua aumentada y proyectada hacia adelante, el labio no puede contraoponerse a esta fuerza, y los dientes anteriores superiores, son también proyectados hacia adelante estableciéndose la protusión.

Puede ocurrir también una mordida abierta anterior, que causa problemas de voz y habla del niño conocida como sigmatismo, que se prolonga hasta la adolescencia. cuando ésta disfunción se inicia los padres encuentran gracioso al, niño al decir: -"Yo quero"- en lugar de "Yo quiero" y llegan hasta imitar al niño, sin darse cuenta de los problemas que esto originará, por esto en ocasiones los padres no buscan ayuda de un Especialista.

Noviembre 28 1998 AMOM A.C.



DR. HERMAN ESTRADA MERAS
Ortopedia Maxilar Consejero Asociación Mexicana de
Ortopedia Maxilar, A.C. Celaya, Gto.

4) Aspectos importantes en el Diagnóstico con problemas de labio y paladar Hendido

Sabemos la importancia de un tratamiento multidisciplinario para pacientes con malformaciones de labio y/o paladar hendido y la buena relación o comunicación del equipo médico de las diferentes áreas entre sí, con los parientes de los pacientes y con los mismos pacientes, para pretender un tratamiento exitoso ya que estos tratamientos son prolongados y complejos.

Para que estos pacientes tengan un buen pronóstico es necesario un buen diagnóstico y plan de tratamiento dependiendo de cada área del equipo médico pero debe de tener en relación en sí. El tratamiento a seguir dependerá de las prioridades de cada caso llevando una secuencia y relación entre cada etapa del tratamiento.

En el área odontológica debe de llevar una relación muy estrecha con cirugía, foniatría y terapia de lenguaje. Aparte de las demás especialidades y se nombran estas porque para el paciente es básico el alimentarse bien y el comunicarse con los demás y que estos le atiendan correctamente. Nos debe de interesar la buena relación dentaria, el buen crecimiento y desarrollo óseo y la buena función muscular tanto del velo del paladar como de los músculos maceteros, orbiculares de los labios y la lengua principalmente, teniendo todo esto el paciente tendrá la oportunidad, de integrarse a su medio ambiente como cualquier otro ser humano.

Foniatría

Para nosotros como dentistas es importante este punto de vista ya que nos dará la pauta a seguir para la colocación de aparatos de ortopedia dentofacial y ejercicios de terapia Miofuncional, junto con los ejercicios de terapia de lenguaje. Saber que posibilidades tiene, el paciente de poder pronunciar correctamente todos los sonidos, y que tan legibles serán en su lenguaje.

Laringoscopia.

Es un buen método de diagnóstico para ver si el paciente tiene posibilidades de pronunciar bien las palabras por medio del cual se puede valorar el cierre correcto de las paredes laterales, anterior y posterior o alguna deficiencia en el sellado ya sea por disfunción muscular ó por falta de tejido ya sea por no formarse o por secuela de alguna cirugía.

Mioscanner

Nos ayuda a visualizar la actividad muscular tanto de los músculos maceteros como de los orbiculares de los labios y de la lengua, para saber si tienen un equilibrio o no entre ellos pretendiendo provocar con esto un mejor desarrollo y crecimiento más normal. En la evaluación de todos estos factores anteriormente mencionados y los que generalmente acostumbramos tomar como son radiografía, modelos de estudio, fotografía y estudio de facies, para un buen diagnóstico y con el tratamiento adecuado en momento adecuado se obtendrán excelentes resultados.

Noviembre 29 1998 AMOM AC



Dr. Fernando Soriano Padilla
Director de cirugía: Dirección Regional del Hospital de
Pediatría CMN Siglo XXI. Cirugía Maxilofacial Certificado en
Cirugía Maxilofacial. Consejo Mexicano de Cirugía
Maxilofacial A.C. Asesor en Cirugía Ortognática. AMOM.

5) Tratamientos en Cirugía Ortognática

Los maxilares constituyen la mayor parte del esqueleto del macizo facial, como consecuencia de su posición prominente y de las íntimas relaciones que guarda con el resto de los huesos faciales. Por lo tanto las anomalías de forma y posición de los maxilares son el resultado de un crecimiento desproporcionado del macizo dentofacial los cuales van a tener una repercusión importante en la función masticatoria y estética facial Ya que la falta de una relación armónica entre los huesos esqueléticos se acompaña de movimientos dentarios que buscan una compensación morfológica y funcional.

Las deformidades dentofaciales pueden clasificarse en 3 grupos

- 1) Anomalías congénitas
- 2) Anomalías del desarrollo
- 3) Deformidades adquiridas

Es importante establecer el Diagnóstico adecuado tomando en cuenta la etiología de la deformidad Dentofacial ya que como se menciona de acuerdo a la clasificación estas en ocasiones están acompañadas de alteraciones agregadas por ejemplo síndromes asociados con deficiencia del tercio medio, síndromes asociados con deficiencia mandibular, prognatismo, exceso vertical, asimetría facias..

En los cuales el tratamiento requiere de establecer prioridades de atención. Muchos autores aconsejan que por regla general la cirugía ortognática para la corrección de las deformidades dentofaciales debe ser llevada a cabo una vez finalizado el crecimiento ya que un crecimiento residual después de una correcta intervención provocaría recidiva. Mientras que otros investigadores clínicos recomiendan la corrección durante el crecimiento del niño sin embargo la sincronización de procedimientos en pacientes pediátricos sigue motivando controversia pero con la adición y los adelantos de la ortopedia maxilofacial pensamos que puede ser un adelanto en cuanto al manejo temprano en el paciente adolescente.

Finalmente consideramos que es de un valor incalculable la relación de trabajo conjunto entre el cirujano y el ortodoncista.

Ahora que ambas especialidades se han integrado, los objetivos terapéuticos se alcanzan con mayor facilidad, evitando así los problemas que surgen cuando el paciente es tratado en forma aislada.

Noviembre 27 1998, AMOM. A.C.



DR. JAIME FRIEDMANN
Ex-Presidente y Fundador de Asociación Brasileña de
Ortopedia Maxilar.
Ortopedia Maxilar Río de Janeiro, Brasil.

6) Tratamiento de Fisuras Labio Palatinas La Actuación del Cirujano. Mandibulotomía con reconstrucción metálica en Ortopedia maxilar

Desde hace varios siglos el tratamiento de las fisuras labio palatinas, ha sido quirúrgico, razón por la cual, cuando nace un niño "fisurado" de inmediato el Pediatra llama a un Cirujano, ya sea Cirujano Plástico, Maxilo-Facial, etc. El tratamiento de las fisuras labio palatinas, no es solamente quirúrgico, pues su oportunidad de opinar, velando siempre por la recuperación estética y funcional del niño.

La Asociación Americana de Labio Fisurado a difundido técnicas quirúrgicas cada vez mas complejas y traumáticas, y lo que observamos solo son resultados deficientes en los experimentos, que angustia a los padres debido a que, sus hijos son sometidos a diversas cirugías.

La Ortopedia Funcional no es nada mas que una "gimnasia" para la boca, a través de la cual se corrigen todas las anomalías del macizo facial, de las arcadas dentarias, de la deglución y del proceso respiratorio. Es la gran colaboradora en la solución de los problemas de voz y habla. La ortopedia Maxilar es la única técnica que corrige anomalías desde el nacimiento, motivo por el cual no se debe esperar para iniciar el tratamiento hasta la adolescencia o hasta cuando se es adulto.

El objetivo principal es atender al fisurado inmediatamente después de su nacimiento, y así colaborar con el Pediatra para solucionar el problema de la alimentación, y el proceso respiratorio en el momento en que se divide la cavidad nasal de la bucal, con la colocación de una placa estimuladora.

El segundo gran objetivo, es estimular el crecimiento del maxilar por estimulación osteogénica, obteniendo en un periodo aproximado de 9 meses, cerrar la fisura palatina y la reconstrucción del arco anterior del maxilar superior. El cierre de la fisura se realiza hasta la unión de los bordes de la misma, con el objetivo de asegurar el éxito total en la Palatoplastia en una única etapa. Con la reconstrucción del arco anterior, mejora el éxito de la Queiloplastia una vez que se reconstruye el hueso de soporte del cartilago nasal y se proporcionan condiciones para una estética facial segura

Como tercer objetivo, con la Ortopedia Maxilar se normaliza la presión aérea intra bucal, provocando durante la deglución del lactante, la comprensión de aire a través de la trompa de Eustaquio, evitando así la Otitis tan comunes en estos pacientes. Con la normalización del proceso respiratorio por vía nasal, aumentamos la oxigenación sanguínea del niño, lo que no sucede con otras técnicas empleadas en Brasil, América del Norte y en otros países que todavía manejan técnicas obsoletas. Finalmente nuestro objetivo es entregar al niño fisurado a los 3 años de edad, en condiciones de ir a la escuela en el inicio de su alfabetización, sin que sea objeto de sufrir humillación por su defecto estético o funcional, principalmente en cuanto a su comunicación verbal.

Esta mas que comprobado que las cirugías precoces realizadas en algunos lugares, no traen beneficio al pequeño fisurado, muy por el contrario, además del resultado estético deficiente, la retracción cicatrizal impide el desarrollo del hueso maxilar. basta observar como la mayoría de los individuos tratados por técnicas mecanicistas, y solamente quirúrgicas, presentan en su mayoría

una Progenia mandibular, que desafortunadamente terminara en una cirugía mas. La media de las cirugías que se realizan en un tratamiento de fisura labio palatina en los Estados Unidos y en algunos países como en Brasil, es de 6 a 8, y el tratamiento se prolonga por mas de 15 años, con la corrección tardía de los maxilares. Nuestra técnica es totalmente opuesta, pues siempre digo que si tuviera que mantener en nuestra clínica a un niño fisurado desde su nacimiento hasta la edad de la adolescencia, preferiría cerrar nuestro servicio. A los 3 años, nuestro paciente que inicio el tratamiento después del nacimiento, esta listo para realizar sus actividades normales de su edad, y a los 15 años ni sabrá quienes somos. En las cirugías de fisurados todavía se utilizan técnicas del siglo pasado, verificándose a través de publicaciones especializadas, que las cirugías están siempre indicadas conforme a la edad cronológica de la Ortopedia Maxilar aplicada a los fisurados. Previo a cualquier acto quirúrgico en el tratamiento de estas anomalías, se reconstruye anatómicamente el hueso maxilar donde se apoyara el cartílago nasal, dispensando la colocación de una prótesis de silicon para soportar el cartílago nasal. Estamos totalmente a favor de un tratamiento mas simple, mas rápido y menos oneroso, ademas de menos traumático para el niño.

Nuestra experiencia al tratamiento de los portadores de fisura labio palatina, data de 1960, a través de un Cirujano Dentista Argentino de nombre Bernardo Chait y de un especialista en Ortopedia maxilar hoy radicado en Venezuela de nombre Armando Stefanelli, catedrático en la Universidad de Carabobo. Después de algunos años introdujimos modificaciones en la aparatología ortopédica para el tratamiento de fisurados.

El mayor Centro de tratamiento de fisurados, se encuentra hoy en Caracas Venezuela, en donde se creo el departamento de Ortopedia Maxilar para el tratamiento de anomalías Universidad de Carabobo Valencia, y después se creo el Servicio de Ortopedia Maxilar en el Hospital San Juan de Dios, gracias al desarrollo de nuestra técnica presentada en este País en 1975. A partir de 1972 modificamos las técnicas quirúrgicas de Palatoplastia en una sola intención para paladar duro y blando, y gracias a la Ortopedia Maxilar iniciada oportunamente conseguimos el cierre total de la fisura palatina, por estimulación osteogénica con placas estimuladoras, no confundir con placas obliteradoras de la escuela Danesa, o placas de Mac. Neil, totalmente mecánicas que nada estimulan.

Las técnicas quirúrgicas de Veau, Dorrance, Langenback y otros, siempre sin tomar en cuenta el crecimiento óseo, pecan al dejar un retazo palatino tenso, sin considerar la gran retracción de la mucosa y lo importante que es, obtener un velo contractil, extenso y suficiente para tocar la pared posterior de la faringe. en los Estados Unidos después de numerosas cirugías lo que se consigue en términos de voz y habla, es de un 20%, que se puede considerar como bueno, el resto es considerado como pésimo y lamentable ya que el paciente todavía tiene que ser sometido a un largo y penoso tratamiento de corrección dentaría con técnicas mecánicas, comunes en aquel país.

En el equipo multidisciplinario, el cirujano no necesariamente tiene que ser un Cirujano Plástico, puede ser un Cirujano Pediatra o un Cirujano Maxilo-Facial, que conozca el papel de la Ortopedia Maxilar y su intervención precoz en el tratamiento de las fisuras labio palatinas, su papel dentro del equipo de trabajo y cual es su momento de intervenir. En este equipo, cada uno tiene que ser el mejor en su área, con conocimiento del tratamiento y la recuperación del fisurado. No se puede admitir que el primer profesionalista que atiende al fisurado, eche mano de técnicas obsoletas que obligue a los padres a buscar otros especialistas en un ir y venir hasta escuchar la celebre frase "ya nada se puede hacer", o bien escuchar por parte de los padres "ya recorrimos todos los lugares, ya nos cansamos, mejor desistimos". Todo esto gracias a la falta de conocimiento de los especialistas con relación a las técnicas de tratamiento presentadas por algunos profesionalistas que merecen ser escuchados, no como dueños de la verdad, sino como profesionalistas que durante mas de 30 años se han dedicado a una terapia que ha mostrado mejores resultados, tanto estéticos como funcionales, evitando que el niño se someta a interminables cirugías recidivantes.

Resumen Conferencia 4ta Reunión Anual AMOM 1999 Manzanillo Col. 25-28 Nov.



Dr. Alfonso A. Valle Escalante
Practica Privada Gineco-Obstetra
Hospital Ángeles del Pedregal México, D.F.

7) Consecuencias de las Anomalías de Oclusión Por Causas de Parto

El parto evento natural del nacimiento de los humanos muchas veces es muy traumático y puede dejar secuelas en las personas que podrían ser desde insignificantes hasta muy importantes. Entre ellas puede encontrarse las lesiones de oclusión de los maxilares motivo por el cual resumiré el proceso del parto.

EL MECANISMO DEL PARTO

La presentación más frecuente es la de cabeza, la cual ocurre en el 95% de todos los fetos. En la mayor parte de los casos la cabeza se introduce en la pelvis con la sutura sagital utilizando el diámetro transversal de la pelvis.

La presentación del feto se puede determinar mediante la palpación del abdomen. Generalmente el feto viene con la espalda del lado izquierdo. En el examen vaginal la sutura sagital esta a igual distancia del sacro que de la sínfisis del pubis. Lo que nos ayuda para saber la posición de la cabeza son las fontanelas.

Si se tiene en cuenta la forma irregular del conducto pelviano y las dimensiones, relativamente grandes de la cabeza fetal, resulta evidente que no todos los diámetros de la cabeza pueden atravesar todos los de la pelvis. Para que el nacimiento tenga lugar es necesario un proceso de adaptación o acomodación de porciones adecuadas de la cabeza a los diversos segmentos de la pelvis. Estos cambios de posición de la parte que se presenta constituyen el mecanismo del parto. Los movimientos cardinales son encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión.

En el proceso de encajamiento la cabeza hace movimientos de adelante hacia atrás para ir metiéndose poco a poco en la pelvis. En la flexión el mentón es apretado sobre el tórax fetal y el diámetro de la cabeza disminuye.

La pelvis ósea, las variaciones en la arquitectura de la pelvis deben ser evaluadas en forma cuidadosa por el obstetra debido a que el progreso del parto esta determinado de manera directa por la secuencia de las actitudes y posiciones que el feto debe adoptar en su paso a través del conducto del parto. Por esta razón una valoración razonablemente precisa de la arquitectura pélvica y de los diámetros de la pelvis es una parte importante de la atención obstétrica. Además debe valorarse el tamaño y la posición del feto y el carácter y eficacia de las contracciones. Los tejidos blandos también desempeñan una función en el descenso y expulsión del feto, incluso malformaciones congénitas de estos obstruirán el trabajo de parto: por eso también debe efectuarse una episiotomía adecuada para vencer estos obstáculos y no retrasar más el parto.

La cabeza es la parte más difícil de atravesar el conducto del parto, la cabeza fetal consta de tres porciones principales, la cara, el techo de la bóveda y la base. La cara y la base del cráneo están formados por huesos pesados, más o menos fusionados. Los huesos de la bóveda no están articulados sometándose a constricciones ocasionando deformidades en la cabeza fetal.

Curso del trabajo de parto normal. La primera etapa del trabajo de parto comienza con el inicio de trabajo de parto y termina con la dilatación del cervix, dura entre 6 y 12 horas. La segunda etapa se extiende desde la dilatación completa del cervix hasta el nacimiento completo del producto y varía desde unos pocos minutos hasta varias horas dependiendo de factores tanto fetales como maternos. Por lo general no debe ser mayor de dos horas.

Cuando existe retraso en esta segunda etapa el ginecobstetra debe actuar abreviando la duración de éste, porque si no, el producto puede tener consecuencias serias que van desde un debilitamiento leve o una hipoxia severa y hasta la muerte, ocasionando también problemas a la madre que podrían ser también considerables.

Para abreviar esta etapa se recurre mucho al fórceps el cual es un gran instrumento de ayuda para el binomio generalmente sin consecuencias. Sin embargo en ocasiones se dificulta mucho su aplicación debido a que están inflamadas las partes fetales y no es posible identificar bien la posición de la cabeza, lo que conlleva a no aplicar las cucharas del fórceps en los lugares adecuados, por lo que trae como consecuencia lesiones en la cabeza y en la cara del bebé, lo que puede ocasionar lesiones importantes en los maxilares del mismo con defectos posteriores en su oclusión y por lo tanto dejar secuelas odonto-faciales al producto.

También las mismas maniobras del parto pueden ser un tanto bruscas y violentas, teniendo como consecuencia las lesiones y complicaciones en la cara y los maxilares del bebé, no se diga cuando llega a caérsele el producto al ginecobstetra que aunque es muy raro puede llegar a suceder.

Por este motivo es de mucha ayuda para el ortodoncista conocer muy bien los antecedentes ginecobstétricos del paciente debido a que puede saberse si la deformación que tiene pudo haberse debido a un traumatismo importante durante Y que pudiera dejar secuelas al producto. Por medio de la cesárea propiamente se desaparecen las posibilidades de un traumatismo facial o maxilar del producto.

Encuentro internacional de Ortopedia Dentofacial Amom 2002. México-Alemania Pto. Vallarta 27 Nov.- 1Dic. 7 Reunión Annual de Ortopedia Maxilar

**Tena Turner, (MSN) Pediatric nursing,
MS genetic counseling New York, New York USA.**

8) Treatment of Children with FCA Team Care

With proper guidance, families of individuals with craniofacial anomalies [CFA] are able to locate qualified health professionals to treat their children. It is important to find a team of professionals who will work in concert to provide comprehensive, coordinated treatment. Interdisciplinary teams are now the “standard of care” in the United States and in other countries. More than 200 have been established in the United States and 25 internationally. These teams ideally consist of plastic surgeon, otolaryngologist, orthodontist, oral/maxillofacial surgeon, geneticist, pediatrician, dentist, speech-language pathologist, audiologist, psychologist, nurse and social worker.

Patients are typically referred to the team during the newborn period and are followed well into their school years. The first visit is primarily for evaluation and subsequent visits establish treatment modalities and follow-up of care. Patient visits typically include evaluation by each member of the team. The team functions are numerous and include assessment and decision making to ensure a coordinated treatment plan, assure quality of care, monitoring outcomes and preventing complications or further disability. Multidisciplinary teams most importantly provide a venue for the ongoing relationship between team members with the inclusion of the patient/family as an important component of the health care team. The patient/family is more likely to follow medical recommendations if they have been a part of the decision making process. A more austere goal of the team is to support the psychological health of the individual and family and ensure maximal independent functioning as a valued member of society.

The American Cleft Palate-Craniofacial Association established “Parameters for Evaluation and Treatment of Patients with Cleft Lip/Palate or Other Craniofacial Anomalies” to guide the care that teams provide. Adherence to these guidelines promotes the best outcome for children with CFA.

As a result of our increased understanding of the human genome it is becoming more imperative that health care providers become knowledgeable regarding the genetic conditions that they are likely to see in their practice. A review of the dental literature reveals the known association of dental anomalies and genetic diseases. These dental anomalies can be associated with single gene disorders, chromosome aberrations, sporadic associations, or teratogenic exposures.

Knowledge of these genetic diseases will enable the orthodontist to make a more extensive analysis of the families in which such diseases occur and above all to evaluate more precisely the dental aspects that such conditions favor. This will lead to better management of diseases linked to malocclusion, congenital absence of teeth and anomalous development of dental tissues.

Individuals with undiagnosed genetic disorders may suffer significant health concerns that could have been prevented or managed if they were made aware of their risks.

The orthodontist may be able to contribute to the diagnosis and management of many genetic conditions he faces in his or her everyday work. A better understanding of these will make his work more efficient and perhaps a bit more enjoyable.

This presentation will discuss the complexities of Team care and illustrate the importance of various specialists working in concert to treat individuals with CFA.

9a Reunión Anual AMOM. 24-28 de Noviembre del 2004 Genetics for Orthodontics Introduction